

L'exposition au Vécu
Traumatique dans le TSPT :
Intérêt du modèle de M.
Craske

Bertrand Lloret, Bordeaux



Conflit d'intérêt

- Pas de conflit d'intérêt

- Plusieurs stratégies thérapeutiques sont validées comme efficaces dans la prise en charge du TSPT.

(HAS 2007 et 2021, Foa et al 2009)

- Traitements médicamenteux
- Psychothérapie comportementale et cognitive
- Psychothérapie par EMDR
- Thérapie de Reconsolidation Mnésique (A Brunet) : résultats en cours
- Hypnose (sur certains symptômes résiduels)

Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen, J. (Eds.) (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guildford Press

La Thérapie Comportementale et Cognitive

4

- Reconnue comme efficace dans le traitement du TSPT *
- S'appuie sur les modèles scientifiques concernant la mise en place et le maintien du trouble
- Les protocoles de soin doivent être individualisés pour chaque patient, à partir de la conceptualisation unique du cas.
- A partir des protocoles validés de prise en charge, nous vous proposons de discuter les techniques d'exposition utilisées dans nos prises en charge.

La Thérapie Comportementale et Cognitive

5

- 2 « modèles principaux » de TCC du TSPT
 - Edna Foa *
 - Ehlers et Clark **
 - Les mêmes composantes actives :
 - La psychoéducation
 - Lutter contre les cognitions et schémas dysfonctionnels issus du trauma : Restructuration cognitive
 - Lutter contre les évitements :
 - **Cognitifs : exposition au vécu traumatique**
 - Situationnels = stimuli discriminatifs, structure de la peur : exposition in-vivo

La Thérapie Comportementale : arrêter d'éviter et ranger le passé.

6

- Comme annoncé en introduction, le cœur de la TCC reste l'exposition au vécu traumatique et aux situations de rappel.
- 2 techniques différentes selon les auteurs :
 - Foa, théoricienne de l'exposition comportementale reste dans l'utilisation de l'exposition complète et prolongée.
 - Ehlers et Clark, plus cognitivistes, vont cibler les Hots Spots du vécu traumatique, pour amener une exposition avec utilisation des techniques d'imagery rescripting
- 1 même objectif : ne plus éviter, faire baisser la charge émotionnelle, ranger le souvenir dans la mémoire du passé (épisodique) et diminuer les reviviscences.

L'Exposition au Vécu Traumatique : Problématique

7

- La technique de base est celle développée par E Foa : exposition prolongée et complète avec recherche de l'habituation. À faire et répéter en séance : 60 à 90 min minimum. Le thérapeute doit être disponible et environ 36% des patients ont du mal à adhérer et tenir.
- La technique de Ehlers et Clark a pour avantage d'être plus « économique et cibler aussi les autres émotions (colère, tristesse). Il faut être bien formé en Imagery-Rescripting et que le patient ait des compétences, une flexibilité pour adhérer au modèle.
- En nous basant sur le modèle de Barlow et le travail de D Craske, nous proposons un mode d'exposition plus adapté aux consultations habituelles (30 - 45 min) et aux capacités émotionnelles des patients.

Modèle de l'exposition

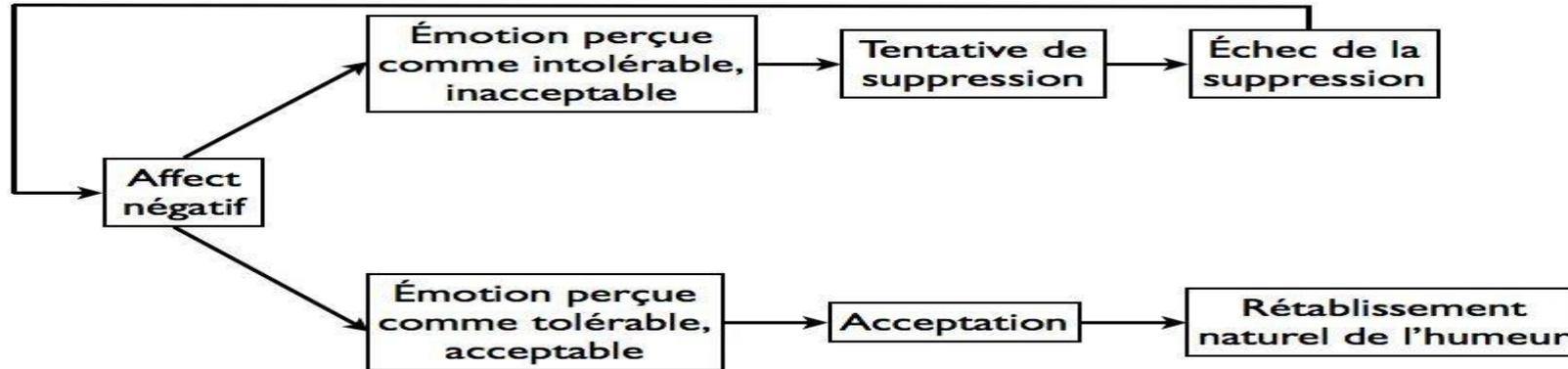
8

Ce modèle fait la synthèse entre :

- le modèle de Barlow de persistance de la détresse émotionnelle.
- les travaux de Craske : modèle de l'extinction basé sur l'apprentissage par inhibition

Modèle de l'exposition

9



Modèle de la persistance de la détresse émotionnelle selon Barlow et Allen (2007)

Modèle de l'exposition

10

- OBJECTIFS selon M Craske:
- ≠ supprimer une émotion aversive (retour de la peur)
- ≠ changer des croyances irrationnelles (inefficace pendant l'exposition); observer la violation des attentes.
- ≠ apprendre à maîtriser une émotion aversive (boite à outils anti-anxiété), mais tolérer cette émotion
- = accepter et explorer une expérience émotionnelle aversive.

Modèle de l'exposition

11

- La durée de l'exposition comme variable déterminante : aspect contesté par les recherches.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B.

(2014) Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*

(2022) Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour Research and Therapy*

Exposition au vécu traumatique : Objectifs

Aménagement de l'exposition au vécu traumatique ou à la narration.

- Objectifs :
- **Arrêter d'éviter** : le patient depuis l'ET, adopte une stratégie l'amenant à maintenir le trouble à travers l'évitement.
- **Se souvenir différemment** : permet d'avoir accès aux souvenirs déchargés de leurs vécus émotionnels à travers leur intégration à la mémoire explicite (mémoire à long terme, réfléchie, pensée après restructuration).

Exposition au vécu traumatique : Objectifs

13

- Couper le lien entre la survenue de l'Événement Traumatique et le maintenant, soit : « laisser le passé dans le passé ».
- Apprendre à tolérer et à accepter les émotions accompagnant le vécu de l'événement traumatique.
- Redonner du sens au vécu cognitif de l'Événement Traumatique à travers l'intégration de la restructuration cognitive.

Exposition au Vécu Traumatique: Déroulement

14

Préambule : Être dans une fenêtre émotionnelle compatible.

- Exposition en Visualisation Mentale (EVM) avec comme alternative l'exposition à l'écoute de l'enregistrement ou le récit écrit.
- A faire par le patient en séance ET à domicile,
- Fréquence 3 à 5 jours selon la réponse émotionnelle.
- Durée de 1 à 6 mois

- Nous avons choisi de travailler prioritairement en visualisation mentale car :
 - Technique plus « économique » pour le patient, il peut faire comme et quand il veut (éloigné du coucher)
 - La visualisation permet de mieux activer la mémoire sensorielle
 - Cela permet aussi de faire des « arrêts sur image ».
- Si le thérapeute ne se sent pas à l'aise, ou si le patient est dans le zapping (manque de capacités attentionnelles) ou la distraction (évitement cognitif), on peut utiliser :
 - L'enregistrement audio (séance de récit : REC)
 - L'écriture du scénario traumatique (que l'on peut compléter en rajoutant les stimuli discriminatifs petit à petit pour hiérarchiser l'exposition).

EVM: Déroulement

16

- Etre disponible 15 minutes (matinée).
- Observation émotionnelle (SUD et surtout travail sur zone de tolérance).
- Yeux fermés en visualisant le scénario.
- Arrêt du déroulement lorsque l'émotion s'active significativement (par ex 5/10).
- Dessiner devant le patient les courbes des différentes réponses attendues : ascension émotionnelle non tolérable (> à 7), tolérable (entre 5 et 7) et conduites à tenir.

EVM: Déroulement

17

Enoncer les consignes :

- En cas de télescopage (impossibilité de bloquer l'image et enchaînement de la suite du scénario), INTERROMPRE l'exercice.
- En cas d'ascension émotionnelle au-delà de la zone de tolérance en maintenant l'image, INTERROMPRE l'exercice.

EVM : Déroulement

18

- **Ascension émotionnelle dans la zone de tolérance (entre 6 et 7/10) :** maintenir l'image plusieurs dizaines de secondes sans attente d'habituation et en se référant au modèle de l'extinction, pratiquer la résistance pour apprendre à tolérer l'émotion.
- **Ascension émotionnelle zone très tolérable (entre 5 et 6/10) :** maintenir l'exposition plus longtemps en observant la tolérance et arrêter celle-ci lorsque le patient se sent à l'aise avec son vécu émotionnel (tolérance et non habituation).

EVM : Déroulement

19

- Le schéma retrace les différentes possibilités de réponses émotionnelles annoncées.
- Vérifier le degré de compréhension du patient en reprenant si besoin les points non acquis.
- Annoncer les différents écueils qu'il est susceptible de rencontrer lors de l'application de la technique ainsi que les réponses qu'il pourra y apporter.

EVM : les écueils

20

- Le télescopage avec la nécessité d'interrompre puis de réitérer l'exercice à distance.
- Le passage en force : maintien de l'exposition malgré un état émotionnel élevé et entraînant une aggravation symptomatique.
- La dissociation s'activant comme processus d'adaptation au débordement émotionnel et qui doit impérativement entraîner l'arrêt de l'exercice.

EVM : Déroulement

21

- Le blocage cognitif : absence de baisse émotionnelle au delà de 5 tentatives sur la même image et qui doit entraîner un repérage des cognitions alimentant ce blocage.
 - Ces cognitions seront restituées au thérapeute.
 - Reprise d'exercices de restructuration cognitive.
- Consignes d'applications à domicile : deux fois avant le rdv programmé entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour.
- Rappel du modèle de la mémoire traumatique * (intérêt d'atténuer progressivement la réponse émotionnelle provoquée par la confrontation au vécu du ST) pour renforcer le patient dans l'intérêt de s'exposer.

Dr M Salmona, La Mémoire Traumatique, 2009, Dunod
Ehlers & Clark, A cognitive model on posttraumatic disorder, Behavioral Research and Therapy, 2000

L'accompagnement du patient dans le processus d'exposition :

- A travers le déroulement de l'application de la technique et durant 1 à 6 mois voire plus si nécessaire.
- Guider le patient et lui proposer des solutions adaptées aux différents blocages rencontrés lors de l'EVM.

EVM : Déroulement

23

Lors des premières séances d'EVM.

- Rappeler les différents principes de la technique, renforcer le patient, proposer des solutions aux différents blocages.
- Cependant les entraves apparaissent plus tard car l'exposition débute toujours par le scénario « pré-traumatique ».
- Possibilité d'éviter l'exercice → « lancer » l'exposition en séance puis poursuivre au domicile.

EVM : Déroulement

Lors des séances suivantes

- Divers blocages peuvent survenir lors du long processus d'exposition (à venir).
- Importance de la relecture cognitive des expositions.

La fin de l'EVM

- Le but de l'EVM est l'abrasion émotionnelle du scénario traumatique correspondant à une baisse de la charge émotionnelle significative avec sentiment du patient que le vécu est tolérable et que le souvenir s'éloigne, se range dans le passé.
- Poursuivre l'EVM lorsque la baisse continue d'une exposition à l'autre. Sinon, maintenir 2 autres expositions pour confirmer l'absence d'avancée puis interrompre l'EVM.

CONCLUSION

- Dans la PEC du TSPT (Focus trauma, exposition) les stratégies de l'apprentissage par inhibitions apportent des solutions aux thérapeutes pour lever des freins (organisation, personnels et patients) sur l'engagement dans la thérapie.
- Le travail sur l'acceptation émotionnelle plus que l'habituation ; visant l'extinction de l'émotion apparaît comme adapté en lien avec les modèle de la mémoire traumatique et de la structure de la peur.
- L'exposition ainsi menée permet aussi
 - de remettre en cause la croyance de répétitions du passé et/ou être absorbé par la même horreur/souffrance = violation des attentes = effet sur la structure de peur.
 - De travailler la variabilité des stimuli dans chaque expo (1 moment = 1 image, un son, une sensation corporelle ...).
- Permet de passer d'un modèle à l'autre : Expo/cog ; Expo / Rescripting.

Merci de votre attention

26